

или первичных злокачественных опухолях. Это обусловлено большим риском оперативного вмешательства, когда операция становится весьма технически сложной, а в послеоперационном периоде возникают опасные для жизни осложнения.

В данном сообщении мы анализируем первый опыт больших резекций печени при очаговых ее поражениях доброкачественного генеза. Под нашим наблюдением находилось 11 пациентов с различными заболеваниями печени очагового характера (с поражением нескольких сегментов). Возраст больных колебался от 12 до 66 лет. Диагноз был установлен на основании УЗИ, компьютерной томографии, лапароскопии с прицельной биопсией в показанных случаях. У 4 больных диагностированы большие солитарные кисты с резко утолщенными стенками, что не исключало их малигнизации. Трое пациентов оперированы по поводу абсцессов печени, у которых нельзя было исключить абсцессоподобную форму рака печени.

В 4 случаях большие резекции печени произведены в связи с наличием доброкачественных опухолей (гемангиомы), распространяющихся на 3-4 сегмента. Сегменты правой доли печени были вовлечены в патологический процесс у 8 пациентов, левой доли — у 3. Доступы были верхнесрединные или в правом подреберье. После ревизии и принятия решения о резекции печени производилось пересечение реберной дуги. В 2-х случаях дополнительно потребовалась диафрагмотомия. Для разведения печеночной ткани применялась дигитоклазия с последовательной перевязкой сосудов и желчных протоков. Превентивно накладывался турникет на печеночно-двенадцатиперстную связку, однако прибегать к ее пережатию не приходилось. После остановки кровотечения раневая поверхность печени коагулировалась и подводились тампоны и полихлорвиниловые трубки. В послеоперационном периоде желчеистечения или кровотечения не отмечалось. Тампоны извлекали на 5-6 день, образовавшаяся остаточная полость в правом подреберье по необходимости санировалась периодическим промыванием антисептическими растворами через дренажные трубки. Летальных исходов не было. Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, использование современных методов исследования позволяет своевременно диагностировать очаговые поражения печени и шире оперировать больных с указанными выше заболеваниями.

**Батвинков Н.И.**

## **К ВОПРОСУ БОЛЬШИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ**

/ Гродно /

В последние 15-20 лет достигнуты значительные успехи в хирургии очаговых поражений печени, что стало возможным благодаря развитию анестезиологии и реаниматологии, совершенствованию методов диагностики и хирургической техники. Большой вклад в разработку этой сложной проблемы внесли Куино, Тунг, Б.В.Петровский, В.С.Шапкин, Б.И.Альперович, В.А.Журавлев и другие.

Однако до настоящего времени большие и предельно большие резекции печени не находят широкого практического применения. Обычно хирургии онкологи ограничиваются паллиативными краевыми резекциями печени при солитарных метастазах